

# Erklärung zum Infektionsrisiko Covid-19



**STARK IN DER KRISE**  
DAMIT FRAUEN SICHER GEBÄREN KÖNNEN  
IHRE HEBAMMEN

Eine Initiative des LANDESBUNDES DER HEBAMMEN  
in Kooperation mit dem  
Deutschen Hebammenverband e.V.

Vorname/ Name: \_\_\_\_\_  
(in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

ggf. Partner/Begleitperson: \_\_\_\_\_  
(in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**A: aufsuchender Hausbesuch in der Schwangerschaft oder nach der Geburt**

**B: Schwangerenvorsorge, Beratung oder Hilfe bei Beschwerden in der Hebammenpraxis**

Diese Risikoabfrage dient dazu, das Infektionsrisiko für mich – als Hebamme – einschätzen zu können und ggf. erweiterte Schutzmaßnahmen treffen zu können. Bitte füllen Sie daher das Formular vor jedem persönlichen Kontakt aus und schicken es mir unterschrieben als Scan/Foto per Mail Mailadresse oder SMS Handynummer zu.

Wenn eine Frage mit **Ja** beantwortet wird, sprechen wir das **weitere Vorgehen individuell** ab.

**C: Kursteilnahme Präsenzkurs (z. B. Geburtsvorbereitung oder Rückbildungsgymnastik)**

Diese Risikoabfrage dient dazu, die Kursteilnahme für Sie und Ihr Kind und auch für die anderen Kursteilnehmer\*innen zu ermöglichen. Das gilt natürlich auch für eventuelle Begleitpersonen bei der Geburtsvorbereitung. Bitte füllen Sie daher das Formular vor jeder Kursstunde aus und schicken es mir unterschrieben als Scan/ Foto per Mail Mailadresse oder SMS Handynummer zu.

Wird eine Frage mit **Ja** beantwortet, ist die Teilnahme an der betreffenden Kursstunde leider **nicht** möglich.

		Nein	Ja
1.	Ist oder war bei Ihnen eine Corona-Infektion bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Haben oder hatten Sie in den letzten 4 Wochen eines oder mehrere dieser Erkrankungssymptome: Husten, erhöhte Temperatur oder Fieber, (nicht schwangerschaftsbedingte) Kurzatmigkeit, Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Schwäche, Erbrechen oder Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit nachgewiesener Covid-19 Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person mit den unter 2. genannten Symptomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die unter Quarantäne steht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hiermit erkläre(n) ich/wir, die oben genannten Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift Partner/Begleitperson: \_\_\_\_\_

Vorname Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
zuständige Aufsichtsbehörde: Gesundheitsamt XXX \_\_\_\_\_

Stand Datum \_\_\_\_\_